

**Traitement chirurgical des fistules
recto-vaginales d'origine traumatique
par l'abaissement
de la paroi antérieure du rectum
(procédé "du rideau")**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Mai 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis FAROUZ

Né le 25 Mai 1928, à PALISSY (Oran)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1955

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FISTULES
RECTO-VAGINALES D'ORIGINE TRAUMATIQUE
PAR L'ABAISSMENT DE LA PAROI ANTERIEURE
DU RECTUM (PROCEDE « DU RIDEAU »)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553222_0050

**Traitement chirurgical des fistules
recto-vaginales d'origine traumatique
par l'abaissement
de la paroi antérieure du rectum
(procédé "du rideau")**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Mai 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis FAROUZ

Né le 25 Mai 1928, à PALISSY (Oran)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1955

Doyen honoraire M I LEPINE. | Doyen..... M. HERMANN.
Assesseur..... M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL,
LEPINE, SAVY, MOURIQUAND TRILLAT, LERICHE, MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.	MM. FROMENT.
Clinique médicale B.	P. RAVAUULT.
Clinique chirurgicale A.	SANTY.
Clinique chirurgicale B.	WERTHEIMER.
Clinique ophtalmologique.	BONNET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MAYOUX.
Clinique urologique.	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	DUFOURT.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.	GATE.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.	DECHAUME.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.	SEDALLIAN.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique.	POLLOSSON.
Clinique obstétricale.	PIGEAUD.
Clinique stomatologique.	DUCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.	BERNHEIM.
Pharmacie et pharmacologie	X...
Physiologie.	HERMANN.
Anatomie pathologique.	MARTIN J.-F.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	PONTHUS.
	(détaché à Bayrouth)
Médecine du Travail	BOURRET.
Parasitologie et pathologie exotique.	GARIN.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.	CHAMBON.
Pathologie générale et expérimentale.	JOSSERAND.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	DELORE.
Anatomie	GABRIELLE.
Pathologie interne.	CROIZAT.
Chimie biologique et médicale.	ENSELME.
Pathologie chirurgicale.	MALLET-GUY.
Histologie.	NOEL.
Pharmacie galénique et matière médicale.	REVOL.
Médecine légale et déontologie.	X...
Thérapeutique.	LEVRAT.
Hygiène.	SOHIER.
Biologie médicale et pharmacodynamie.	JOURDAN.
Propédeutique chirurgicale.	BERTRAND.
Botanique et cryptogamie	NETIEN.
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique.	M. BANSSILLON	Pharmacie et pharmacologie.	M. DREVON.
Physique biologique.	M. BERGER.		

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Parasitologie.	MM. COUDERT.	Bactériologie.	MM. BERTOYE A.
Parasitologie.	ROMAN.	Physiologie.	CHATONNET.
Histologie.	X...	Physiologie.	CIER.
		Biochimie médicale	CREYSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale MM. BRUN.	Orthopédie.	MM. MARION Joseph.
Pathologie médicale GIRARD M.	Obstétrique.	BROCHIER.
Pathologie médicale GIRARD P.	Obstétrique.	MAGNIN.
Pathologie médicale JEUNE.	Obstétrique.	MATHIEU J.
Pathologie médicale VACHON.	Anatomie pathologique	GUICHARD.
Pathologie médicale GALY.	Anatomie.	LATARJET.
Pathologie médicale GONIN.	Urologie.	PERRIN.
Pathologie chirurgicale BERARD.	Ophtalmologie.	PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale DESJACQUES.	Neuro-chirurgie.	LECUIRE.
Pathologie chirurgicale LABRY.	Oto-rhino-laryngologie	X...
Pathologie chirurgicale TRILLAT.	Dermato-syphiligraphie. ..	THIERS.
Pathologie chirurgicale DARGENT.	Médecine légale et Méde-	
Pathologie chirurgicale MANSUY.	cine du Travail.....	ROCHE.
Pathologie chirurgicale GUILLET.		

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGÉ

Hygiène.	M. BENAZET.	Pharmacologie et Pharmacie	M. CIER André.
Histologie.	M. DUMONT Louis.	Chimie organique	
Physique et Biologie... M. MORET.		et Toxicologie...	M. PERROT Louis.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

**Président : M. J. ROCHET ; Assesseurs : MM. BROCHIER,
LABRY et PERRIN.**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MON ONCLE ROBERT FAROUZ

Professeur à l'Ecole Dentaire de Lyon.

Qui m'a guidé dans mes études.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PH. ROCHET
*Professeur de Thérapeutique Chirurgicale
et de Chirurgie Opératoire.*

Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de notre
Jury.

Qu'il nous soit permis de lui expri-
mer notre admiration et le témoignage
de notre respectueuse reconnaissance.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. LABRY

Chirurgien des Hôpitaux.

Il nous a guidé avec beaucoup de bienveillance et de sympathie dans ce travail qu'il nous a confié : c'est dire qu'il nous est difficile de pouvoir lui exprimer toute l'étendue de notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BROCHIER

Accoucheur des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. PERRIN

Chirurgien des Hôpitaux.

Nous sommes sensibles à l'honneur qu'il nous font en jugeant ce modeste travail.

Nous leur en exprimons notre respectueuse gratitude.

A NOTRE AMI ALAIN BOUCHET

Interne des Hôpitaux de Lyon.

Il nous a apporté son aide précieuse dans l'élaboration de ce travail.
Nous l'en remercions vivement.

A NOS MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE VIENNE :

MONSIEUR LE DOCTEUR M. CHAPUIS
MONSIEUR LE DOCTEUR L. CROZET
MONSIEUR LE DOCTEUR E. GRANDCLEMENT
MONSIEUR LE DOCTEUR A. GUERRIER
MONSIEUR LE DOCTEUR M. HENRY
MONSIEUR LE DOCTEUR A. LUGAND
MONSIEUR LE DOCTEUR F. MOUNET
MONSIEUR LE DOCTEUR E. TANCHON

Pendant trois années d'Internat, ils
ont fait preuve d'une grande bienveil-
-lance à notre égard. En témoignage
de notre profonde gratitude.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

En leur exprimant tous les regrets
que j'ai de les quitter.

CONSIDERATIONS GENERALES

La communication pathologique entre la cavité rectale et la cavité vaginale par un orifice de siège, de forme et de dimensions variables réalise une fistule recto-vaginale. Encore faut-il opposer entre elles les communications temporaires, aboutissant au bout d'un certain délai à la cicatrisation spontanée, et les fistules durables, ne manifestant aucune tendance à la guérison. Ces dernières seules méritent véritablement le nom de fistules recto-vaginales et, par l'état d'infirmité considérable qu'elles créent, commandent une thérapeutique chirurgicale.

Se limitant aux fistules d'origine traumatique, une telle étude se trouve singulièrement abrégée puisqu'elle écarte de propos délibéré d'autres étiologies d'intérêt chirurgical d'ailleurs très inégal.

On peut voir en effet des fistules succéder à des *altérations pariétales*. Elles intéressent peu le chirurgien, soit qu'elles restent au-dessus de toute possibilité thérapeutique active comme c'est le cas des fistules se produisant tard dans l'évolution d'un cancer du col utérin ou, beaucoup moins souvent, du rectum, soit qu'elles fassent figure d'exception lorsqu'elles reconnaissent pour cause la syphilis, la tuberculose, la lymphogranulomatose (JOHNSTON, 1936), la blennorragie (FIGARELLA) ou l'ouverture simultanée dans le rectum et le vagin d'une collection suppurée du cul-de-sac de DOUGLAS ou de la cloison recto-vaginale (POZZI). D'une toute autre fréquence actuelle sont les *fistules consécutives à la curieradiothérapie* des cancers génitaux, cancer du col en particulier. En étant assuré, ce qui est souvent très difficile, qu'il s'agit de radionécrose

pure sans repullulation néoplasique associée, la cure de telles fistules a pu être entreprise chirurgicalement en sacrifiant la partie du canal ano-rectal profondément altérée par les radiations, faisant en somme une amputation du rectum (HINZ, 1937 ; SANTY ; DARGENT, plus récemment).

A l'opposé de ces deux types étiologiques, les fistules traumatiques qu'elles soient d'origine accidentelle, obstétricale ou opératoire, présentent une particularité commune : c'est qu'elles ouvrent une communication entre une cavité rectale et une cavité vaginale *saines*, mis à part les accidents infectieux locaux. Ce n'est donc pas le problème du traitement de l'affection causale ou de l'amputation d'un organe malade, source de la communication, qu'elles posent, mais celui de la réparation directe de la fistule : il s'agit de séparer de l'appareil génital un rectum sain.

C'est dans ce but qu'intervenaient les anciens chirurgiens, n'hésitant pas devant cette chirurgie faite par voie basse naturelle ou périnéale, mettant en œuvre tout un éventail de procédés pour sélectionner finalement, au moins dans leurs principes, la plupart des techniques encore aujourd'hui utilisées.

L'une d'entre elles, l'abaissement de la paroi antérieure du rectum à travers le sphincter anal préalablement dilaté selon l'ancien procédé de POZZI, de SEGOND et de GÉRARD-MARCHANT, paraît être reléguée au rang des techniques accessoires, d'après la lecture de la plupart des ouvrages actuellement classiques de technique chirurgicale. C'est à la réhabilitation de ce procédé « du rideau » dans le traitement chirurgical des fistules recto-vaginales traumatiques que nous consacrons ce travail dont la base est représentée par la communication de MM. R. LABRY et A. BOUCHET, faite à la Société de Chirurgie de Lyon (séance du 17 février 1955).

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il n'est pas dans notre intention de retracer, en cet aperçu forcément bref, une histoire de traitement chirurgical des fistules recto-vaginales qui ne serait qu'une longue énumération chronologique des multiples méthodes proposées depuis les premières tentatives opératoires datant de la fin du XVIII^e siècle. Nous nous efforcerons plutôt d'en dégager les courants successifs traduits chacun par une technique et ses nombreuses variantes : c'est là l'image des tâtonnements nombreux que l'on retrouve dans la chirurgie des fistules vésico-vaginales et dans celle des déficiences périnéo-sphinctériennes, ces trois affections n'étant pas d'ailleurs sans présenter de nombreuses affinités du point de vue thérapeutique.

I. — C'est à *l'oblitération simple* des orifices fistuleux que visaient les premières méthodes.

— Succédant aux tentatives de cautérisations chimiques ou au thermocautère (DUPUYTREN), la suture vaginale simple, employée dès 1798 par SAUCEROTTE, de Lunéville, donnait des résultats tellement infidèles qu'il lui fallut les perfectionnements apportés par JOBERT (1850) pour être généralisée.

— La « méthode française » de JOBERT associait trois temps : l'avivement des bords de la fistule, la suture et le débridement latéral du vagin évitant le tiraillement des sutures, le tout fait par voie vaginale, la voie rectale n'ayant été suivie par MICHON (1811) que pour suturer des

fistules hautes et difficilement accessibles par le vagin. Ces perfectionnements n'empêchèrent pas le procédé de JOBERT de se trouver plusieurs fois en défaut.

— Aussi, lorsque BOZEMAN rapporta en France et en Europe la « méthode américaine » de Marion Sims de traitement des fistules vésico-vaginales, on ne tarda pas, frappé par ses succès, à la transposer dans le domaine des recto-vaginales. La technique de SIMS, fondée sur le principe de l'avivement en surface et non plus des bords seulement de la fistule, sur la perfection de l'affrontement et de la suture par points non perforants offrait théoriquement de nombreuses promesses de succès. En fait, c'était compter sans la septicié rectale et si de bons résultats furent obtenus dans les fistules vésico-vaginales, il en fût différemment dans les recto-vaginales où l'échec était de règle.

— L'on vit naître alors les premiers procédés d'autoplastie soit par dédoublement (SANGER), soit par glissement (FRITSCH, 1888 - LE DENTU, 1890), soit encore, selon l'artifice employé depuis BRAQUEHAYE (1893) dans le traitement des fistules vésico-vaginales, par retournement d'une collerette vaginale dans l'orifice fistuleux avec suture par dessus de la muqueuse vaginale largement décollée (LE FORT, 1903 - DOLÉRIS, 1905).

II. — Le procédé *d'incision verticale du périnée* jusqu'à l'orifice fistuleux marque un changement d'orientation.

Certains auteurs, dans des fistules rebelles d'origine obstétricale, s'étaient bornés à fendre verticalement le périnée sans idée de reconstruire, laissant la réparation se faire spontanément (SAUCEROTTE, JOBERT, DEMARQUAY). Mais c'est RICHET (1876) qui, faisant suivre l'incision périnéale d'une périnéorrhaphie immédiate par suture de la profondeur à la surface, érigea en système cette manière de faire qui donna, dans les fistules basses, les premiers résultats encourageants.

III. — A cette époque néanmoins, la chirurgie des fistules recto-vaginales échouait souvent. « ...Peut-être n'existe-t-il pas d'opération plus chanceuse et qui offre moins de certitude de succès », disait RICHET. Et son élève CHEVRIER qui présentait dans sa thèse son procédé, pouvait écrire : « Nos maîtres ne semblent pas fixés sur le meilleur mode d'intervention. Ils vont de l'un à l'autre, obtenant alternativement tantôt un succès, tantôt un revers, et, il faut le dire, beaucoup plus d'échecs que de résultats heureux. »

C'est pourquoi l'on doit considérer comme un énorme progrès l'apparition de deux nouvelles techniques : l'utilisation du dédoublement recto-vaginal de LAWSON-TAIT et l'abaissement « en rideau » de la paroi antérieure du rectum.

— Le dédoublement méthodique de la cloison recto-vaginale permettait la suture séparée des deux organes fistuleux (GUÉRIN, QUÉNU, FÉLIZET, SANGER) et s'associait surtout à une myorrhaphie des releveurs interposés entre les orifices suturés.

— Quant à l'abaissement de la paroi rectale antérieure, il présentait ce double avantage de supprimer en l'abaissant le trajet fistuleux et de dresser une barrière entre la flore microbienne intestinale et les tissus périnéaux en voie de cicatrisation. La priorité de l'abaissement du rectum après dédoublement recto-vaginal semble appartenir en commun à Pozzi qui, dans ses publications de 1892 et 1894 consignées dans son traité, exposait les principes de la méthode, et à SEGOND qui, la même année, donnait une description voisine de celle de Pozzi.

DOLÉRIS avait également utilisé la plastie rectale (1889), mais il avait nettement combattu l'utilité de la suture des muscles releveurs de l'anus qui, pour la plupart de ses successeurs, notamment Pierre DELBET, avait une importance capitale.

GÉRARD-MARCHANT (1902) devait enfin modifier le procédé, préconisant l'abaissement du rectum non plus dans sa totalité, mais seulement dans sa partie muqueuse.

IV. — De l'ensemble de ces méthodes, que reste-t-il aujourd'hui ?

Dans les cas que l'on peut dire simples et qui englobent la majorité des fistules traumatiques, la venue de nouveaux procédés ne semble pas avoir apporté de modifications capitales à la technique proposée par POZZI, SEGOND et DOLÉRIS.

L'opération type, celle que pratiquait le Professeur VILLARD, à Lyon, celle que préconise le Docteur LABRY dans ce travail, est inspirée de ces anciens auteurs. Elle est basée sur l'utilisation systématique du dédoublement recto-vaginal de Lawson-Tait, sur le décalage par abaissement « en rideau » de la paroi antérieure du rectum, temps fondamental à notre avis, et sur l'interposition musculaire indispensable restituant une épaisseur à la cloison recto-vaginale. Terminée par une reconstitution méthodique du sphincter lorsque celui-ci a été lésé, elle représente l'intervention de base. Et les résultats obtenus et présentés dans nos observations confirment en face de ces fistules la valeur curative du « procédé du rideau ».

Dans les cas plus graves, particulièrement rebelles ou difficilement curables par les procédés précités, on délaisse actuellement le redoutable *colpocleisis* total ou bien, dans les formes hautes, partiel et élevé ; on tente d'éviter également les dérivations par *Colostomie en amont* qui permettaient, soit de reprendre des tentatives infructueuses de cure, soit plus simplement de mettre à l'abri des complications les cas incurables ou complexes. Et l'on se tourne aujourd'hui, dans ces rares cas de fistules traumatiques graves, vers de nouveaux procédés nés des progrès de la chirurgie et destinés primitivement aux fistules survenant sur des organes altérés par les radiations. Ces procédés ne sont qu'une application plus poussée du principe du décalage, puisqu'ils réalisent un *abaissement transphinctérien de la totalité du rectum fistuleux* permettant de mettre en place un rideau solide et sain. Cet abaissement, réali-

sable par des voies variées, facilite la cure des lésions associées et permet surtout, quelle que soit l'importance de la fistule, d'éviter le recours à la colostomie, celle-ci étant réalisée « in ano » .

CHAPITRE II

LES CONDITIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

La complexité particulière du problème thérapeutique posé par les fistules recto-vaginales d'origine traumatique tient aux servitudes étiologiques, anatomo-pathologiques et cliniques dont doivent tenir compte les solutions proposées.

I. — Etiologie.

1. — Elles sont le plus souvent d'ORIGINE OBSTÉTRICALE, faisant suite à des plaies périnéo-vagino-vulvaires incriminées ou dont la suture n'a pas tenu.

Avec les progrès de l'obstétrique, on assiste rarement aux *déchirures étendues de la cloison recto-vaginale* que l'on observait autrefois avec une certaine fréquence. Ces plaies relèvent de causes diverses :

— Les traumatismes directs au cours d'accouchement simple ou après application de forceps, de basiotribes, se voient de moins en moins actuellement.

— L'ischémie suivie de nécrose de la cloison par arrêt de la tête contre l'arc ischio-pubien est à peu près inconnue en France et dans les pays où l'accouchement est pratiqué par médecins ou sages-femmes, adaptés aux règles de l'obstétrique.

Toutes différentes sont les conditions dans d'autres contrées. Ainsi en est-il en Afrique du Nord où les femmes

musulmanes sont souvent accouchées par des matrones, « ...Peu importe le diamètre du bassin et de la filière pelvienne, écrivent SABADINI et DUCASSOU. L'accouchement est-il difficile ? La femme suspendue par les bras, l'enfant reste à la vulve pendant des heures et des jours. On attend sa descente ». A lire cette description, on est stupéfait d'apprendre que l'accouchement est tout de même obtenu, mais au prix de quels dégâts, et quand la parturiente n'y laisse pas la vie ! A l'ischémie non seulement du rectum mais des autres organes du bassin succède une fistule, souvent monstrueuse, véritable perte de substance qui, jointe au temps précieux perdu à attendre une problématique guérison spontanée donne une physionomie très particulière à « la fistule africaine ».

— Restent les cas exceptionnels de rupture primitive de la cloison recto-vaginale où l'on voit, au cours d'un accouchement particulièrement pénible, une partie de la présentation, un membre en général, effondrer la cloison et passer au travers de l'orifice anal. Comme le prouvent le cas de J. DELERUE (1953) et surtout les observations anciennes colligées par J. BRET, G. LE LORIER et SÉNÈZE (1951), à l'occasion de quatre cas personnels, l'extraction se fait alors par les voies naturelles, soit après réintégration du membre, soit après périnéotomie médiane ; dans le premier cas, la lésion peut guérir sans traitement, comme le signalait déjà JEANNIN (1909), mais au prix d'une incontinence sphinctérienne et de l'éventuelle persistance de la fistule ; et même la périnéotomie immédiate suivie de reconstitution méthodique occasionne le plus souvent une fistule par désunion secondaire des sutures.

Le seul type de fistule obstétricale rencontré habituellement concerne les *déchirures complètes du périnée* qui, franchissant l'anneau sphinctérien, ont divisé la paroi rectale antérieure sur une longueur appréciable et qui, du fait parfois de la mauvaise qualité de la suture immédiate et souvent de la surinfection locale, se sont inégalement cicatrisées. La partie postérieure de la brèche rectale reste

déhiscente, alors que le sphincter et la masse musculaire du périnée se sont plus ou moins reconstitués : une fistule recto-vaginale s'est ainsi créée en arrière du bloc cicatriciel périnéo-sphinctérien.

2. — Les fistules ACCIDENTELLES représentent, avec l'incontinence sphinctérienne, les séquelles tardives des plaies effondrant la cloison recto-vaginale.

Ces plaies se rencontrent dans des circonstances variées :

— Les accidents du PAL, classiquement connus depuis la thèse de DUPUYTREN (1819), bien étudiés ensuite par QUÉNU (1899), MADELUNG (1925), ROUQUES (1931) et CHAMPEAU (1942), se voient fréquemment en pratique civile. Ils sont dus le plus souvent à un empalement sur un objet pointu, par chute sur lui, comme au cours des accidents de ski, par coup de corne ou par tout autre mécanisme. Qu'il s'agisse d'empalements typiques par l'anus ou d'empalements atypiques par le périnée ou le vagin, les plus fréquents, c'est lorsqu'ils ouvrent une communication entre les cavités rectale et vaginale en effondrant la paroi antérieure du rectum, qu'une fistule à titre de séquelle pourra en subsister.

— Les plaies du rectum par coup de feu sont exceptionnelles chez la femme. Elles peuvent créer des types de lésions très complexes, non seulement recto-vaginales, mais encore vésico ou uréthro-recto-vaginales qui, lorsqu'elles ne tuent pas, aboutissent à de véritables cloaques avec fistules multiples, viscérales ou cutanées.

— Les traumatismes si spéciaux dus au coït et à la défloration brutale, notamment au cours du viol, causent habituellement des lésions limitées mais peuvent, rarement il est vrai, provoquer des lésions plus profondes entraînant la formation d'une fistule recto-vaginale.

— Enfin, les CORPS étrangers rectaux et vaginaux peuvent également, par traumatisme minime mais permanent,

ulcérer la cloison et réaliser la communication entre rectum et vagin : le cas du pessaire longtemps abandonné en place est souvent rapporté (DOLÉRIS, FLEURENT, etc...).

3. — Les fistules OPÉRATOIRES sont devenues plus rares et l'on a pu dire que « cette rareté des fistules post-opératoires fait la rareté globale des fistules recto-vaginales par rapport aux vésico-vaginales ».

Elles s'observaient avec une certaine fréquence lorsque l'on pratiquait toujours autrefois l'hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie abdominale totale provoque plutôt des fistules vésico-vaginales et « il faudrait beaucoup de malchance ou beaucoup de maladresse pour réaliser à la fois une fistule recto-vaginale et une fistule vésico-vaginale après hystérectomie » (COTTE).

On en a vu succéder aussi au traitement des lésions de la cloison recto-vaginale (abcès, kystes), à l'excision d'une bartholinite kystique (BÉGOUIN et PAPIN).

Actuellement, les plus fréquentes de ces fistules post-opératoires succèdent à la colpotomie ou à la colpoperinéorraphie ; très particulières sont celles qui s'observent après les colectomies basses.

II. — Anatomo-pathologie.

Il est évident que l'étiologie des fistules recto-vaginales traumatiques conditionne ses caractères anatomo-pathologiques ; ceci tout au moins au début, car secondairement s'effectue un travail local d'organisation et la communication semble alors évoluer pour son propre compte. Tous ces facteurs influeront de concert dans le choix d'une méthode thérapeutique.

1) LA FISTULE.

Elle se singularise par son siège, par ses dimensions et sa forme.

a) Le siège des fistules permettait déjà à VERNEUIL, dont la classification demeure classique, de les distinguer en *supérieures, inférieures* et *recto-vulvaires* selon la hauteur occupée sur la cloison.

— Les fistules hautes, recto-vaginales supérieures, ouvrant une communication au voisinage même ou au travers du cul-de-sac de Douglas, sont celles que l'on peut observer après les hystérectomies totales. Parfois colo-vaginales autant que recto-vaginales, elles posent des problèmes difficiles, car le col n'est plus là pour permettre l'abaissement de la fistule.

— Les fistules basses, recto-vulvaires, qui s'ouvrent près de la fourchette, sont, en dehors des cas accidentels de blessures périnéales, d'origine obstétricale. C'est la lésion du sphincter, facteur d'incontinence, qui en fait toute la gravité.

— Entre ces deux groupes, se situe celui des fistules moyennes, recto-vaginales inférieures qui relèvent essentiellement de deux étiologies.

Obstétricale : c'est avant tout la déchirure totale du périnée ayant dépassé la barrière sphinctérienne pour fendre la cloison recto-vaginale. Les berges de cette communication, bien ou mal suturées immédiatement se trouvent secondairement désunies par l'infection locale ; on observe également ce type de fistule dans les rares cas de rupture primitive de la cloison recto-vaginale envisagés plus haut.

Opératoire, et le type le plus ordinaire est celui rencontré aujourd'hui après une blessure du rectum au cours d'une périnorrhaphie postérieure.

b) Les dimensions et la forme de la fistule sont très variables.

Certains auteurs font état de vastes brèches par perte de substance faisant communiquer largement les deux cavités. Mais le plus souvent la fistule est

étroite et cela d'autant qu'elle est plus basse : les fistules recto-vulvaires sont souvent de menus pertuis.

Ces fistules peuvent présenter un trajet intermédiaire, plus ou moins oblique, plus ou moins long, selon leur siège à travers la cloison. Les fistules recto-vulvaires en particulier affectent cette forme qui les fait comparer aux fistules anales ; on leur a d'ailleurs souvent proposé le même traitement. Mais le plus souvent, dans les fistules plus hautes, le trajet n'existe pas et la fistule est directe : les muqueuses rectale et vaginale sont au contact, les deux épithéliums « se joignent et ourlent l'orifice » (Pozzi).

2) LES LÉSIONS DE VOISINAGE.

Elles sont souvent responsables, plus que la fistule même, de la difficulté thérapeutique.

— Les bords de la fistule, tantôt relativement souples et sains, peuvent être parfois amincis à l'extrême ou au contraire épaissis, fibreux, cicatriciels : on comprend que dans ces conditions aucun espoir d'assister à la cicatrisation spontanée soit permis.

— Le vagin participe aussi aux altérations locales secondaires : rougeur, ulcérations, écoulements, irritation muqueuse douloureuse, toujours intenses lorsque les matières passent souvent et abondamment par le vagin, caractérisent ces lésions vaginales qui provoquent parfois l'infection utérine ou urinaire ascendante.

Enfin des lésions associées à la fistule, vésicales, uréthrales, intestinales, en dehors des lésions sphinctériennes déjà mentionnées, peuvent en outre donner à la thérapeutique chirurgicale une orientation particulière.

III. — Clinique.

Le caractère odieux de cette infirmité ne saurait échapper à personne, d'autant plus que les fistules recto-vaginales traumatiques affligent dans l'énorme majorité des cas des femmes jeunes.

Mais si certaines *fistules petites* laissant sourdre les gaz seuls, les matières ne filtrant qu'en cas d'épisodes diarrhéiques, sont fonctionnellement bien tolérées et ne comportent en tous cas aucune menace grave, il en va tout autrement des *grandes fistules* où le vagin est transformé en un cloaque constamment souillé avec des douleurs locales rapidement intolérables rendant tout coït impossible. Cet état peut être à l'origine d'infection utérine et annexielle, ou d'infection urinaire ascendante surtout dans les cas de fistules complexes ouvrant des communications entre le rectum et l'appareil uro-génital. *Telles sont les raisons qui rendent impérieuse la nécessité d'un traitement curatif.*

Le bilan local précédant l'acte opératoire est souvent simple.

— Les antécédents obstétricaux, accidentels ou opératoires sont connus.

— L'examen ne comporte, en général, aucune difficulté : le toucher vaginal permet de sentir les fistules larges, mais c'est surtout l'examen au spéculum qui précisera le siège de la communication et ses dimensions. Le toucher rectal appréciera l'état des parois rectales et l'épaisseur de la cloison. Cet examen pourra être complété par une rectoscopie plus ou moins facile à réaliser selon la hauteur de la fistule.

— De tels moyens suffisent pour l'exploration d'une fistule recto-vaginale inférieure.

— Les fistules recto-vulvaires sont encore plus faciles à voir en écartant les lèvres vulvaires. Tout l'intérêt de

l'examen se concentre alors sur l'état du sphincter anal et le degré de sa continence et sur la valeur du périnée et les difficultés de sa réfection.

— Ce n'est que dans les fistules très hautes et de petites dimensions que l'on pourra s'aider, pour affirmer l'origine rectale de la fistule stercorale, d'exploration au stylet ou d'injections de liquides colorés dans le rectum, en plus de la rectoscopie. Sans doute la fistule entéro-vaginale donne-t-elle issue à un liquide jaune verdâtre mousseux, assez abondant, cause d'une très forte irritation vaginale ; sa différenciation peut cependant être difficile. Quant aux fistules colo-vaginales, elles rejoignent les fistules rectales hautes sur le plan thérapeutique et leur différenciation importe moins.

CHAPITRE. III

LES METHODES CHIRURGICALES

A considérer les conditions étiologiques, anatomiques et cliniques qui règlent le choix du procédé de cure des fistules traumatiques, on comprend que de nombreuses méthodes aient pu être proposées selon des voies multiples, les unes simples et très anciennes, voies vaginale, périnéale, sacrée ou transanale, les autres combinées issues des progrès de la chirurgie du rectum cancéreux, voies abdomino-périnéale, abdomino-sacrée, abdomino-transanale, abdomino-vaginale. Quant à la voie abdominale pure, elle convient aux fistules colo-vaginales après hystérectomie plutôt qu'aux recto-vaginales vraies.

En fait, toutes ces opérations n'obéissent pas à des préoccupations identiques. Aussi, délaissant une classification basée sur la voie d'abord simple ou combinée, séparerons-nous ces interventions en deux groupes, d'importance d'ailleurs très inégale, selon qu'elles ferment simplement les orfices fistuleux ou qu'elles enlèvent délibérément la partie malade du rectum.

I. — Les méthodes d'exérèse du rectum fistuleux.

Elles trouvent leurs indications majeures dans les fistules survenant sur un organe très altéré : les fistules après curieradiothérapie où l'état des tissus péirectaux, la fréquence du rétrécissement comme cause de la communication interdisent toute opération plastique, en représen-

tent le type. Leur étude ne trouverait pas sa place dans notre exposé si des auteurs n'avaient pratiqué l'exérèse du rectum pour des fistules traumatiques de caractères, il est vrai, très particuliers (LABRY, dans notre première observation, en 1930 ; FERRAND-FORTESA, 1952).

Les méthodes d'exérèse visent à la conservation de la fonction sphinctérienne ; et les conditions anatomiques font qu'il s'est agi jusqu'alors non pas de résection avec rétablissement de la continuité, mais toujours d'amputation transsphinctérienne avec abaissement du bout supérieur à l'anus. En principe, à l'image de la chirurgie conservatrice du cancer du rectum, de nombreuses modalités opératoires peuvent conduire à cette fin. En fait, la question de l'amputation du rectum fistuleux est relativement récente et à la foule des procédés possibles s'oppose le petit nombre de cas de fistules recto-vaginales traitées, à notre connaissance, de cette manière. Un cas de HINZ (1937), deux succès de DARGENT et EICHOLZ (1948) qui citent un cas antérieur de SANTY, un succès de MIALARET et EDELMAN (1949), deux observations de MANDICAS (1950) représentent autant de cas de fistules consécutives à la curieradiothérapie. Le seul exemple que nous ayons trouvé dans la littérature de fistule traumatique traitée par cette méthode est celui de FERRAND-FORTESA (1952) concernant une énorme brèche recto-vaginale obstétricale « dont l'importance, la sclérose de la paroi recto-vaginale vouaient à l'échec toute tentative de suture par dédoublement ou autoplastie ».

C'est néanmoins de l'ensemble de ces observations que l'on doit tirer des directives valables pour les rares cas de fistules *traumatiques* justiciables de l'amputation transanale avec abaissement rectal.

II. — Les méthodes de fermeture de la fistule.

Beaucoup plus anciennes, elles sont extrêmement nombreuses ; mais une grande partie d'entre elles ne diffèrent que par des détails.

Quatre voies d'abord, s'offrent au chirurgien : la voie vaginale, la voie périnéale, la voie sacrée et la voie rectale.

1) LA VOIE VAGINALE.

Les procédés employés sont au nombre de trois : l'avivement, le dédoublement et les procédés autoplastiques.

a) *Le méthode d'avivement* consiste à enlever à l'aide du bistouri une partie de la muqueuse vaginale et des tissus cicatriciels, faisant un avivement circulaire, très large, allant en profondeur jusqu'à la paroi rectale. Des fils profonds sont alors passés à cinq millimètres de la tranche d'avivement, chargeant toute l'épaisseur de la paroi cruentée jusqu'au ras de la muqueuse rectale : celle-ci ne doit pas être touchée. Les fils sont serrés et l'affrontement parfait par quelques fils superficiels.

b) *La méthode de dédoublement* (SANGER) se propose de séparer les deux orifices, rectal et vaginal, et de les fermer séparément. On circonscrit la fistule du côté vaginal par une incision ovale débordant l'orifice de un centimètre en bas et en haut. On dissèque de chaque côté les lambeaux vaginaux. L'orifice rectal, visible entre les lambeaux vaginaux, est fermé par plusieurs points non perforants ou par plusieurs bourses superposées. Après une hémostase soigneuse, les lambeaux vaginaux sont rapprochés au fil non résorbable, en évitant les espaces morts.

Le reproche que l'on peut faire au dédoublement est de laisser vis-à-vis les deux orifices suturés. D'où l'idée de tenter une interposition : MARTIUS intercale entre vagin et rectum une couche de graisse, KUSTNER et WOLKOVITCH utilisent l'utérus, FRIGYESI et MATSOPOULOS découpent un lambeau sur la paroi intestinale au-dessus de la fistule et l'abaissent au devant de l'orifice rectal suturé. Mais c'est avec l'utilisation des releveurs que l'interposition après dédoublement recto-vaginal est le plus sûrement réalisée et la voie périnéale seule permet ce procédé.

c) *Les procédés d'autoplastie* peuvent être ramenés à deux :

— L'autoplastie par glissement, d'abord employée par FRITSCH (1888) qui abaisse en paletot au devant de l'orifice fistuleux un lambeau de muqueuse vaginale, a été modifiée par LE DENTU (1890) dont la technique d'autoplastie par glissement à lambeaux superposés fut classique.

— Quant à l'autoplastie par retournement d'une collerette de muqueuse vaginale afin d'aveugler la communication recto-vaginale, elle n'est que la transposition à la cure de cette fistule de l'artifice proposé par BRAQUEHAYE pour le traitement des fistules vésico-vaginales. Peu employé en France, cette technique a été vantée en Amérique par FARRAR, Howard KELLY. Leur procédé du « tablier de Worren » complète le retournement de la collerette vaginale après dédoublement par la réfection du plancher périnéal selon une technique proche de la technique classique.

Quel que soit le procédé utilisé (avivement, dédoublement, autoplastie), la voie vaginale semble avoir pour elle sa facilité. En fait, elle présente deux inconvénients : elle est étroite tout d'abord, admissible uniquement pour les petites fistules, lorsque la muqueuse vaginale est souple et le vagin spacieux. Elle est surtout coupable de laisser les deux orifices, rectal et vaginal, au contact l'un de l'autre, ou à bien peu de distance. Ainsi s'explique que, dans la majorité des cas, la voie périnéale lui soit préférable.

2) LA VOIE PÉRINÉALE.

La technique est celle de la réfection du périnée après l'avoir incisé jusqu'à la fistule, l'incision des plans périnéaux pouvant se faire par section verticale ou par dédoublement du périnée.

a) *La section verticale du périnée.*

Après dilatation de l'anus, on introduit par l'orifice anal

une sonde qui ressort par le vagin. On sectionne alors au bistouri tous les tissus situés sur la sonde : on se met ainsi dans le cas d'une déchirure périnéale. C'est là le procédé employé dans les fistules petites et basses par les anciens auteurs qui laissaient ensuite la plaie cicatriser spontanément ou sur mèche permettant une cicatrisation de la profondeur à la périphérie. Depuis RICHET, on termine par le traitement de la déchirure complète du périnée ainsi créée : on reconstitue le rectum par des points non perforants au catgut ; on suture la plaie vaginale par quelques points séparés, noués dans la cavité vaginale ; on restaure enfin le périnée.

Cette méthode obtint de nombreux succès entre les mains de RICHET et de ceux, nombreux, qui l'ont pratiquée après lui. Mais il faut admettre qu'elle est difficilement applicable aux fistules hautes sous peine de grands délabrements compromettant le succès de l'entreprise. Reproche plus sérieux, la section de l'anneau sphinctérien, malgré tout le soin apporté à sa réparation, peut laisser une séquelle non moins odieuse que la fistule : l'incontinence.

b) *Le dédoublement du périnée.*

La technique ne diffère que peu de la colpopérinéorraphie pour prolapsus utérin : à la dilatation anale fait suite le dédoublement recto-vaginal de LAWSON-TAIT jusqu'à la fistule et au-delà. Puis, après suture de l'orifice rectal par des points non perforants, une myorraphie des releveurs est pratiquée. L'opération s'achève par la suture de l'orifice vaginal puis de l'incision périnéale ou, mieux, pour supprimer l'excès de muqueuse vaginale, par une colpectomie cunéiforme dépassant en haut l'orifice fistuleux et suivie de la suture des deux bords du vagin en commençant par la profondeur et en continuant sur la peau du périnée.

On peut modifier le manuel opératoire comme le recommande LEGUEU (1903), surtout lorsqu'il s'agit de fistules hautes. Après dédoublement recto-vaginal, on fend la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane jusqu'à la

fistule : l'orifice rectal est mieux exposé et plus facilement suturé. On termine alors de la même manière que précédemment : myorrhaphie des releveurs, suture de l'orifice vaginal puis de la paroi vaginale postérieure et des plans périnéaux superficiels.

Cette opération périnéale est la plus couramment utilisée.

3) LA VOIE SACRÉE.

Comportant la résection d'une partie du rectum, elle avait été utilisée par TERRIER et surtout HEYDENREICH (1894) qui pratiquait l'incision préconisée par KRASCKE (1893) dans son abord du cancer du rectum. Elle doit être réservée à des cas exceptionnels.

Il en est de même pour la voie coccy-périnéale avec ablation du coccyx qui avait permis à GERSTER (1936) de guérir une fistule consécutive à l'ablation transsacrée d'un cancer recto-sigmoïdien.

4) LA VOIE RECTALE.

Depuis MICHON, la voie rectale visant les fistules hautes et difficilement accessibles par le vagin servait à la suture, après avivement, des orifices des deux organes.

C'est lorsqu'elle permit *l'abaissement du rectum* qu'elle marqua un progrès considérable dans le traitement des fistules recto-vaginales. Et il est juste de rendre hommage à DOLÉRIS (1889), POZZI et SEGOND (1894), GÉRARD-MARCHANT (1902) qui en furent les artisans.

a) Le procédé de SEGOND, par son principe et sa facilité d'exécution demeure dans toutes les mémoires.

Paul SEGOND abaissait la paroi antérieure du rectum en totalité : après dilatation de l'anوس, digitale et lente, il libérait par dissection soigneuse le cylindre muqueux du canal anal puis décollait au doigt la cloison recto-vaginale ; il abaissait alors le rectum, réséquait obliquement le seg-

ment rectal sous-jacent à la fistule et suturait à l'anus le rectum tendu à la façon d'un « rideau » derrière la fistule ; il terminait enfin par avivement et suture de l'orifice vaginal de la fistule par le vagin.

b) En n'abaissant de la paroi muqueuse du rectum que sa seule partie muqueuse, GÉRARD-MARCHANT empruntait, selon son expression, « ...à SEGOND le mécanisme du store et à DELORME l'étoffe du store, c'est-à-dire la muqueuse rectale ». Il procédait comme SEGOND mais sans pratiquer de clivage recto-vaginal : il disséquait la muqueuse après l'avoir incisée un demi-centimètre au-dessus de l'anus, l'abaissait pour la sectionner au-dessus de l'orifice fistuleux et la fixait à la petite collerette de muqueuse conservée dans la filière anale.

Le procédé de SEGOND « du rideau » ou du « store », en supprimant la suture rectale dont la déhiscence secondaire est source de récidives et en interposant une barrière entre la cavité rectale et les tissus périnéaux en voie de cicatrisation, permet ainsi très souvent la guérison « per primam » des fistules recto-vaginales.

Sa valeur curative est encore accrue lorsque, comme nous le préconisons, *l'abaissement rectal antérieur* est complété par un *temps périnéal d'interposition* et par un *temps vaginal de sutures*.

C'est cette technique actuelle du « procédé du rideau », telle que nous l'avons vue employée, que nous décrivons maintenant.

CHAPITRE IV

LE PROCEDE « DU RIDEAU » TECHNIQUE UTILISEE ACTUELLEMENT

La technique utilisée par le Docteur LABRY, du moins dans les quatre dernières observations rapportées, est basée sur l'application de deux principes :

— L'efficacité du procédé « du rideau » de SEGOND : en abaissant et fixant solidement à l'anus la paroi antérieure du rectum, on réalise le maximum de décalage entre les deux orifices fistuleux et l'on assure une étanchéité absolue contre la septicité du milieu intestinal.

— L'intérêt d'une reconstitution du sphincter anal, s'il en est besoin, et d'une réfection complémentaire systématique du périnée postérieur réalisant une bonne interposition entre le rectum, d'une part, et, d'autre part, le vagin dont la suture n'est plus alors qu'un temps accessoire et facile.

I. — Les soins pré-opératoires.

Ils ont une importance extrême.

L'intérêt d'un examen médical sérieux qui permet de préciser l'état pulmonaire et cardio-vasculaire de la malade apparaît d'emblée : il peut dicter certaines précautions, conseiller un mode d'anesthésie.

Pour faire rétrocéder l'infection locale, un traitement général par antibiotiques pourra éventuellement être as-

socié à des soins locaux qui seront toujours très suivis : petits lavements, injections d'antiseptiques faibles et non irritants, au besoin débridements préalables... le vagin et le col utérin devront recevoir les soins nécessaires.

Enfin, la malade, légèrement purgée les jours précédents, sera mise à la diète liquide quarante-huit heures avant l'intervention.

II. — L'intervention.

— Elle aura lieu sous anesthésie générale de préférence.

— La malade sera placée sur la table d'opération en position gynécologique habituelle. La préparation du « champ » opératoire est faite sous anesthésie, avec désinfection soigneuse de la région vulvo-périnéale.

— L'opération comprendra dès lors les temps suivants :

1° DILATATION ANALE.

Cette dilatation faite au doigt ou au dilatateur, est absolument nécessaire ; elle peut toujours être réalisée, même lorsque le sphincter est éclaté. En effet, si la rétraction est ancienne, on peut, selon le procédé de JOHNSON, pratiquer une reconstitution temporaire du sphincter en fixant momentanément par un gros catgut les deux extrémités du sphincter rompu : ceci permet la dilatation de l'anneau sphinctérien qui sera par la suite correctement suturé.

2° DÉDOUBLEMENT PÉRINÉAL.

L'incision transversale classique fend le périnée légèrement en arrière de la commissure vulvaire.

On recherche ensuite, par une dissection soigneuse aux ciseaux et aux tampons, le plan de clivage recto-vaginal, souvent difficile à trouver dans ces périnées qui ont suppuré.

On « l'exploite » alors en profondeur si besoin, de manière à dépasser nettement la fistule qui est dédoublée ; on peut ainsi remonter jusqu'au Douglas qui, parfois, est repéré et refoulé. En cas de difficulté dans ce dédoublement, on peut être amené à fendre la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane jusqu'à l'orifice fistuleux (LEGUEU).

3° ABAISSEMENT DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU RECTUM.

— A ce moment, en poussant latéralement la dissection sur une étendue suffisante, on libère la paroi antérieure du rectum sur laquelle on pratique une excision rectangulaire emportant l'orifice fistuleux.

— Alors, à l'aide d'une pince en cœur introduite à travers l'anus dilaté, on abaisse la paroi antérieure du rectum sus-jacente à la zone précédemment excisée. La paroi rectale ainsi descendue comme un « store » est solidement amarrée au cercle anal par une ligne semi circulaire de suture.

Cette suture doit répondre à deux conditions :

— Etre solide, et il faut en multiplier les points.

— Ne pas trop tirer, ce que permet un large abaissement de la paroi rectale antérieure. Celle-ci se prête, d'ailleurs, admirablement à cette manœuvre et, même dans les fistules hautes, on est surpris de voir avec quelle facilité l'abaissement est pratiqué. Parfois, un petit bourrelet aux angles de la suture nécessite la résection de la muqueuse exubérante.

4° RECONSTITUTION DU PÉRINÉE POSTÉRIEUR.

Elle est réalisée de manière plus ou moins classique selon l'état musculo-aponévrotique cicatriciel du périnée.

Elle comprend, chaque fois que possible, une colpopérinéorrhaphie postérieure habituelle avec suture des muscles releveurs.

Sinon, une interposition de tissus cicatriciels est, pour le moins, effectuée.

5° SUTURE VAGINALE.

Celle-ci ne devient plus qu'un temps complémentaire.

Si le vagin est spacieux, l'orifice fistuleux est réséqué par une colpectomie cunéiforme banale suivie de suture.

Si le vagin, au contraire, est rétracté, étroit, l'orifice est seulement excisé et la plaie périnéale suturée.

Un « sifflet » rectal est placé pendant deux ou trois jours pour éviter toute distension du rectum par les gaz. On peut utiliser une sonde à demeure vésicale. Enfin, un pansement légèrement compressif protégera la région vulvo-périnéale.

III. — Les soins post-opératoires.

Un traitement antibiotique par voie générale est systématiquement institué.

Il convient de constiper les opérées pendant huit jours en ne leur donnant, pendant cette période, qu'une alimentation légère et hydrique. C'est vers le huitième jour seulement que l'on donne à la demande un laxatif huileux en cherchant à éviter une débâcle diarrhéique.

Le sifflet rectal a été enlevé au troisième jour, le pansement vérifié au cinquième jour.

— Le lever précoce n'est pas envisagé en pratique chez ces opérées ; et, redoutant une déhiscence par traction brutale, c'est plutôt un lever tardif, vers le quatorzième jour, qui a lieu.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

(recueillies dans le service de gynécologie
du Docteur Labry, à l'Hôtel-Dieu)

OBSERVATION N° 1 (année 1929)

RÉSUMÉ : *Femme de 43 ans victime d'un accident du pal ayant occasionné un important délabrement périnéal. Malgré deux interventions, persistance d'une fistule recto-vaginale avec incontinence. L'intervention consiste en une amputation du rectum par voie transsphinctérienne avec abaissement du bout supérieur à l'anus. Guérison.*

Mme Ter..., 43 ans, présente, à la suite d'une chute à califourchon du haut d'un escabeau sur le dossier d'une chaise, un éclatement grave de la région périnéale avec large plaie intéressant vagin, sphincter anal et rectum.

Cette malade, lorsqu'elle nous est confiée, a déjà subi deux opérations :

-- L'une immédiatement après son accident, simple opération de nettoyage avec hémostase et suture partielle ;

-- L'autre, trois mois plus tard environ, effectuée par M. le Professeur Villard (Hôpital de la Charité) : il existait alors un large cloaque périnéal, et une opération de reconstitution du sphincter et du périnée fut réalisée.

L'année suivante, il persistait néanmoins une fistule recto-vaginale importante avec incontinence presque totale des matières.

Intervention : en mai 1930, sous-anesthésie rachidienne. Malgré l'intervention précédente, il persiste une vulve large avec, sur la paroi postérieure du vagin, à quatre centimètres de l'anus, un orifice admettant l'index.

Dédoublement du périnée : on sépare difficilement les deux muqueuses vaginale et rectale jusqu'à la fistule et l'on s'assure de la mobilité de la paroi rectale.

Reconstitution nouvelle du périnée avec interposition.

Dilatation du sphincter anal et, comme pour l'extirpation transanale du rectum, on abaisse le rectum à travers l'anus. On sectionne le rectum au-dessus de l'orifice fistuleux et on le suture à l'anus.

Les suites sont simples.

La malade est revue plusieurs années après cette intervention : le résultat est noté excellent.

OBSERVATION N° 2

RÉSUMÉ : Femme de 39 ans présentant une fistule recto-vaginale post-opératoire et une rupture de l'anneau sphinctérien. Abaissement transanal de la paroi antérieure du rectum complétée par une périnéorraphie postérieure, une suture du sphincter déchiré, et une suture de la paroi vaginale postérieure après colpectomie cunéiforme.

Mme Mur..., 39 ans, mère de six enfants, a été opérée à Grenoble en 1945 pour un prolapsus génital important et déclare présenter depuis une fistule recto-vaginale.

A l'examen, le 7 novembre 1945, on note :

Le périnée reconstitué reste médiocre : il persiste une certaine rectocèle. On a l'impression que des complications infectieuses locales ont dû désunir la colpoperinéorraphie pratiquée en 1945.

Le sphincter anal est réduit à un héli-sphincter, surmonté d'une bride fibreuse à sa partie antérieure.

A quatre centimètres de l'anus, il existe sur la paroi postérieure du vagin, un orifice fistuleux ovalaire d'un demi-centimètre environ, qui occasionne une incontinence partielle.

Intervention : le 28 novembre 1947 sous raché-anesthésie.

Après dilatation anale, on dédouble assez facilement les muqueuses vaginale et rectale : on incise alors le sphincter anal au niveau de la bride cicatricielle, puis la muqueuse rectale antérieure que l'on excise jusqu'à, et y compris, l'orifice fistuleux rectal.

On reconstitue alors le sphincter en suturant les deux cornes du croissant dilaté et, à travers l'anneau musculaire ainsi restauré, on abaisse la paroi rectale que l'on suture à l'anus. On complète par une colpoperinéorraphie postérieure à l'aide de trois points sur les releveurs et par une suture de la paroi vaginale, après résection partielle, et du périnée cutané.

Un drain rectal est laissé en place pendant huit jours.

Suites excellentes. La malade a été revue plusieurs années après et même en 1954 : aucune incontinence, résultat local excellent : la malade est très satisfaite.

OBSERVATION N° 3

RÉSUMÉ : Jeune femme de 30 ans affligée d'une fistule obstétricale. L'intervention consiste essentiellement en un abaissement de la paroi antérieure du rectum, les conditions anatomiques ne permettant qu'une intervention périnéale discrète et une suture vaginale sans résection. Guérison.

Mme Muz..., 30 ans, subit au cours d'un accouchement dystocique en 1948, un éclatement périnéal :

- une opération immédiate ne donne qu'un résultat partiel ;
- une intervention périnéale pratiquée en automne 1949 semble avoir comporté une suture sphinctérienne et une suture des muqueuses rectale et vaginale avec interposition musculaire périnéale. Ce qui n'empêche pas la malade de présenter depuis cette opération une fistule recto-vaginale qui va progressivement s'aggraver.

L'examinant en mai 1950, on note :

Vulve étroite, périnée scléreuse, irritation vaginale gênant l'examen.

Au spéculum, on découvre assez haut, à six centimètres de la vulve, un orifice ourlé d'une muqueuse recto-vaginale dans laquelle pénètre facilement une bougie d'Hégar coudée numéro 9.

Des soins pré-opératoires sont rendus nécessaires par une infection locale très marquée : injections antiseptiques, petits lavements. On institue une diète liquide trois jours avant l'opération.

Intervention : le 19 juin 1950, sous anesthésie générale à l'éther demandée par la malade.

— Dilatation anale préalable. On commence une opération périnéale habituelle avec incision transversale et dédoublement progressif des muqueuses vaginale et rectale. Mais ce décollement est difficile dans ce bloc scléreux périnéal, modifié par l'intervention précédente et l'infection ; la muqueuse vaginale se déchire et c'est péniblement que l'on arrive jusqu'au rectum et finalement jusqu'à l'orifice de la fistule qui doit être agrandi pour permettre la séparation des deux muqueuses.

— On résèque sur la paroi antérieure du rectum un rectangle muqueux de deux centimètres de large sur cinq centimètres de long, intéressant la fistule rectale. Puis l'on abaisse la paroi rectale sus-jacente à travers l'anus dilaté où elle est amarrée correctement.

— La reconstitution du périnée est difficile : l'état des muscles ne permet pas une suture correcte des releveurs, mais seulement une interposition aponévrotique et musculaire très incomplète.

— On termine par suture vaginale sans résection, avec simple excision de l'orifice fistuleux pour ne pas diminuer le calibre vagi-

nal déjà rétréci. On met en place une sonde à demeure et un drain rectal.

Suites simples.

La guérison est obtenue ; la malade est revue régulièrement depuis : elle conserve un parfait résultat.

OBSERVATION N° 4

RÉSUMÉ : *Jeune femme de 29 ans : déchirure grave du périnée au cours d'un accouchement dystocique. Tentative infructueuse de cure opératoire ; il persiste un large cloaque recto-vaginal où le sphincter est figuré par une bride cicatricielle. Opération habituelle : abaissement antérieur du rectum, périnéorraphie, suture vagino-périnéale, reconstitution du sphincter. Guérison.*

Mme Bez..., 29 ans : éclatement total d'un périnée étroit à la suite d'un accouchement dystocique en 1948. Une tentative de restauration du périnée et du sphincter a échoué complètement : la malade est maintenant une grande infirme affligée d'une incontinence totale. La vulve et le rectum ne constituent plus qu'un seul et large cloaque barré par une bride qui représente le sphincter déroulé : sur six centimètres de profondeur, le rectum communique avec le vagin par une large fente triangulaire dont la base mesure trois centimètres.

Intervention : le 22 juillet 1954, sous anesthésie générale au nesdonal. On pratique :

1° Une reconstitution temporaire du sphincter anal, en passant à travers la peau un gros catgut qui prend approximativement les deux cornes du croissant sphinctérien étalé. Ceci permet une dilatation préalable du sphincter du futur anus à travers lequel aura lieu l'abaissement.

2° En commençant la dissection latéralement et très prudemment, on arrive à circonscrire la brèche recto-vaginale et à doubler les muqueuses rectale et vaginale qui sont très amincies, et ceci sans ouvrir le cul-de-sac de Douglas qui est refoulé.

3° Ceci fait, avec une pince en cœur prenant l'angle supérieur de la brèche rectale, on abaisse facilement la face antérieure du rectum à travers l'anus dilaté où elle est fixée momentanément.

4° Reconstitution, sans exagérer, d'un bloc périnéal, avec trois points de catgut chromé sur les releveurs.

5° Suture de la paroi postérieure du vagin et du périnée comme dans une périnéorraphie habituelle.

6° Reconstitution définitive du sphincter anal et amarrage correct au cercle anal de la muqueuse rectale abaissée.

On laisse un drain dans le rectum et une sonde vésicale à demeure.

Pénicilline et streptomycine sont systématiquement administrées.

Les suites sont assez simples : malgré les antibiotiques, on assiste à une légère désunion avec évacuation d'un hématome. Néanmoins, le résultat est excellent : selle au neuvième jour et dès le quinzième jour, la malade est à peu près continente.

La malade a été revue cinq mois plus tard, en décembre 1954, avec un résultat anatomique satisfaisant et un excellent résultat fonctionnel ; elle est guérie de l'infirmité atroce qu'elle déplorait depuis six ans et manifeste toute sa reconnaissance.

OBSERVATION N° 5

RÉSUMÉ : Jeune malade de 25 ans présentant une fistule recto-vaginale obstétricale secondaire à une déchirure périnéale pourtant correctement suturée. Opération de "deuxième main" selon la tactique habituelle : abaissement de la paroi rectale antérieure, colpopérinéorrhaphie postérieure, suture du vagin. Guérison.

Mme Per..., 25 ans, présente en 1951 un accouchement dystocique avec enfant pesant 4 kg. 500 : une déchirure périnéale se produit qui est reconnue immédiatement et très correctement suturée par un accoucheur qualifié. Cependant, deux semaines plus tard, la malade s'aperçoit que les matières liquides et les gaz passent par le vagin.

Une seconde intervention a lieu en mars 1954 dans une ville voisine : il semble s'être agi, d'après les renseignements obtenus, de la cure opératoire d'une fistule recto-vaginale large comme une pièce de dix francs et pour laquelle on a pratiqué un dédoublement avec sutures des deux orifices, rectal et vaginal et interposition des muscles releveurs. Cette intervention est un échec puisque la fistule réapparaît vingt jours après selon les dires de la malade.

Lorsqu'on l'examine, en novembre 1954, on constate : un sphincter anal pratiquement normal, un bloc périnéal épais derrière une vulve étroite, au point qu'il existe une certaine dyspareunie. Mais, à cinq centimètres de la vulve existe une fistule à bords épais du diamètre d'un crayon. La malade garde une irritation vaginale et ne retient que les matières solides.

Intervention : le 19 novembre 1954, sous anesthésie générale - circuit fermé.

On exécute les temps suivants :

1° Dilatation du sphincter anal.

2° Dédoublement assez difficile du périnée en raison de l'intervention précédente qui a laissé un bloc scléreux.

3° Excision d'un rectangle muqueux de la paroi antérieure du rectum jusqu'à l'orifice rectal de la fistule et abaissement facile de la paroi sus-jacente à travers l'anus dilaté où elle est solidement amarrée.

4° Colpopérinéorrhaphie postérieure avec deux points sur les releveurs.

5° Suture longitudinale du vagin.

On laisse un drain dans le rectum et l'on institue un traitement antibiotiques.

Les suites sont simples.

La malade est revue deux mois et demi plus tard, le 29 janvier 1955 : elle présente un bon résultat fonctionnel. Localement persiste un petit prolapsus muqueux anal à négliger.

CHAPITRE VI

ANALYSE DES OBSERVATIONS ET RESULTATS

Le procédé opératoire utilisé.

Si l'on excepte la première de ces observations, un peu spéciale, où l'abaissement total et l'amputation du rectum furent pratiqués par voie transsphinctérienne, les quatre autres concernent toutes la cure de la fistule par dédoublement de la cloison recto-vaginale, suivi de l'abaissement « en rideau » ou « en store », de la paroi antérieure du rectum située au-dessus de l'orifice fistuleux largement excisé. Ce « rideau » est descendu à travers le sphincter dilaté et solidement amarré à l'anus.

Les caractères de la fistule.

ETIOLOGIE.

Les cinq observations rapportées concernaient toutes des femmes *jeunes* dont l'âge était compris entre 25 et 43 ans.

Il s'agissait chaque fois de fistule recto-vaginale traumatique, la première, très complexe, consécutive à un empalement, la seconde opératoire et les trois autres obstétricales comptant des tentatives préalables de restauration périnéale.

ANATOMO-PATHOLOGIE.

— Leur *siège* les définissait comme des fistules *moyennes*, de type rectal inférieur, les orifices siégeant entre quatre et six centimètres de hauteur au-dessus de l'anus, sur la cloison recto-vaginale. Dans l'observation 4, on dut même refouler le cul-de-sac de Douglas pendant la dissection et le dédoublement du périnée.

— Les *dimensions* et la *forme* de l'orifice fistuleux étaient variables : longue brèche triangulaire dans l'observation 4, faisant communiquer largement les deux cavités, orifice ourlé ovalaire dans les autres, présentant en moyenne un centimètre de diamètre. Jointes à l'état du sphincter anal, ces dimensions de la communication recto-vaginale rendent compte du degré d'incontinence : totale dans les observations 1 et 4, elle n'était dans les trois autres que partielle pour les gaz et les matières liquides.

— *L'état des tissus*, enfin, les distinguait parfois.

Dans tous les cas, la fistule était ancienne, bien organisée, avec des bords fibreux, inextensibles, n'ayant aucune tendance à la réunion. Dans certains cas néanmoins, ce tissu fibreux cicatriciel envahissait non seulement les bords de la fistule où l'on pouvait voir fusionner en « ourlant » les deux épithéliums voisins, mais encore envoyait dans toutes les directions des prolongements en forme de brides qui enlevaient à la muqueuse vaginale une grande partie de son élasticité.

Ces remaniements, causés en grande partie par les suppurations locales et les interventions réitérées, ont souvent rendu pénible le dédoublement périnéal (observations 1, 3 et 4) et légitimé peut-être, avec les lésions rectales concomitantes, l'amputation transanale du rectum de la première observation.

La difficulté thérapeutique.

Ce qui nous paraît le plus digne d'être noté, c'est que dans trois observations (1, 3 et 5) une cure opératoire de la fistule avait déjà été tentée par des chirurgiens qualifiés. Il s'était agi du procédé de dédoublement avec suture méthodique des deux orifices et interposition musculo-anéponévrotique. Dans ces trois cas dont deux relativement récents, il semble bien que, malgré les antibiotiques, l'infection à point de départ rectal ait déterminé la suppuration et la désunion des sutures, le tout aboutissant à un bloc périnéal scléreux, cicatriciel, surmonté par une nouvelle fistule recto-vaginale.

Il est d'ailleurs intéressant de souligner que, dans notre observation 4, une désunion périnéale avec évacuation d'un hématome eût lieu ; mais, sans doute, dans ce cas, le rideau rectal abaissé à l'anus empêcha la récurrence de la fistule.

Les résultats.

Les suites opératoires immédiates, si l'on excepte le petit incident précité, d'ailleurs assez démonstratif, ont été très simples dans les cinq observations. Les malades ont quitté l'hôpital vers le vingtième jour.

Les résultats éloignés ne sont pas moins satisfaisants. Les opérées ont été revues plusieurs années ou, au moins, plusieurs mois après l'opération. La reconstitution périnéo-vulvaire est très anatomique ; elle rend compte de l'excellence des résultats fonctionnels obtenus : le vagin n'est plus souillé par l'afflux plus ou moins continu des matières ; le rectum est continent, tout particulièrement dans les cas ayant nécessité une restauration du sphincter.

En conclusion, la cure chirurgicale de telles fistules traumatiques par le procédé du « rideau », selon la technique utilisée dans ces cinq observations, paraît très recommandable : elle assure aux malades des bénéfices évidents ; l'opérée délivrée de cette odieuse infirmité, pouvant reprendre une vie génitale normale.

CHAPITRE VII

LES INDICATIONS

En présence d'une communication recto-vaginale traumatique, lorsque malgré une période de préparation s'impose le diagnostic de fistule, c'est-à-dire de lésion définitive, il n'y a plus intérêt à attendre après un délai qui est au maximum de quelques mois. Sauf contre-indication absolue d'ordre général, *l'indication opératoire* est alors formelle.

Nous n'avons nullement l'intention, après avoir rapporté ces cinq observations, de soutenir que *le procédé d'abaissement de la paroi rectale antérieure à l'anوس avec reconstitution du périnée* constitue le seul traitement à proposer aux fistules recto-vaginales. Nous désirons seulement, et après d'autres chirurgiens (Professeur VILLARD, dans la thèse de J. BACIN, Lyon, 1939) réhabiliter le procédé « du rideau » qui, appliqué selon la technique précédemment décrite, nous paraît représenter un procédé de sécurité.

Comme nous l'avons développé plus haut, en descendant et fixant solidement à l'anوس la paroi rectale antérieure sus-jacente à la fistule, la communication septique avec le rectum se trouve radicalement supprimée ; la reconstitution éventuelle du sphincter anal et la restauration du périnée réalisent d'autre part des temps complémentaires et utiles. Sa technique, une fois pratiqué le dédoublement recto-vaginal, ne présente pas de difficulté importante et n'apparaît pas particulièrement dangereuse.

Ses *modalités d'application* varient suivant le siège, la dimension et la nature de la fistule.

— Sans doute peut-il paraître inutile dans les fistules simples, *basses*, facilement accessibles, où *l'opération périnéale classique* avec dédoublement recto-vaginal, suture séparée des deux orifices fistuleux et interposition musculo-aponévrotique, permet souvent d'obtenir un bon résultat.

— Sans doute, les fistules au contraire *haut situées*, rares, peuvent-elles être jugées difficilement accessibles par voie périnéo-vaginale, faisant courir des risques d'échecs beaucoup plus grands, et sembler alors légitimer une *voie abdominale*.

Encore faut-il souligner que souvent dans ces fistules, comme en fait foi l'une de nos observations où l'orifice fistuleux siégeait à six centimètres de l'anus, la paroi rectale sus-jacente à la zone réséquée se prête avec beaucoup de facilité à sa descente en store jusqu'à l'anus.

— Sans doute, enfin, dans les cas que l'on peut dire graves, large brèche haut située, associée ou non à une fistule urinaire, la sécurité opératoire peut-elle sembler accrue par la dérivation par colostomie temporaire préalable ou contemporaine de l'intervention ; ou bien, dans ces cas, peut-on réaliser dans un esprit différent par une opération plus radicale, une exérèse du rectum fistuleux.

— En fait, nous pensons que *le procédé du « rideau »* trouve ses indications majeures dans *les cas accessibles complexes et récidivés*.

Si l'on craint, en présence d'un bloc périnéal scléreux, de ne pouvoir réaliser une bonne interposition, si le trajet fistuleux aboutit à une large plaie rectale, si l'orifice muqueux rectal est cerné de tissu fibreux difficile à suturer, si enfin la malade a subi une tentative antérieure de cure par un autre procédé qui a échoué, le procédé du rideau nous semble, sauf impossibilité (fistule très haute, par exemple), devoir être proposé.

On a trop comparé la fistule recto-vaginale aux fistules vésico-vaginales. La septicité, cause d'échec par déhiscence des sutures et infection périnéale, est d'origine rectale. C'est donc au niveau du rectum qu'il faut faire l'essentiel : l'abaissement en « rideau » et l'amarrage solide à l'anus dilaté de la paroi rectale antérieure saine, sus-jacente à l'orifice fistuleux excisé, réalise au maximum le barrage à cette infection en même temps que la suppression de la fistule.

Et l'on peut voir dans les résultats contrôlés que nous rapportons une vérification pratique de ces idées.

CONCLUSIONS

Les fistules recto-vaginales d'origine traumatique, relativement rares aujourd'hui, posent toujours un problème thérapeutique chirurgical délicat. Malgré les soins préopératoires et malgré les progrès du traitement prophylactique par antibiotiques, la septicité rectale expose toujours au lâchage des sutures et, par suite, aux récidives.

Multiplés restent les procédés chirurgicaux utilisés : le dédoublement périnéal avec sutures méthodiques et étagées des deux orifices fistuleux rectal et vaginal suivi d'une interposition par un bloc périnéal reconstitué demeure un dogme classique.

L'abaissement de la paroi antérieure du rectum à travers un sphincter préalablement dilaté et, au besoin, reconstitué, représente un procédé de sécurité : il réalise, en effet, le maximum de décalage des sutures en interposant en même temps un rideau efficace entre la septicité rectale et les sutures périnéo-vaginales.

Ce procédé garde des indications très étendues, même dans les fistules assez haut situées ou infectées. Dans les cas complexes ou récidivés, il apparaît comme un procédé de choix.

Les cinq observations que nous rapportons, dont trois concernaient des fistules récidivantes, ont été suivies de résultats contrôlés excellents.

Vu :

LE DOYEN :

H. HERMANN.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

ROCHET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 Mai 1955.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

Très nombreux sont les articles consacrés aux traumatismes ou aux corps étrangers du vagin et du rectum, aux déchirures du périnée, aux fistules génitales... Les références citées ici ne concernent que les travaux qui nous ont fourni des précisions particulières sur les conditions et les techniques de la cure des fistules recto-vaginales d'origine traumatique.

- ADÉODATO (J.), Brésil. — Quelques remarques sur la pathogénie des fistules recto-vaginales. *Gyn. et Obst.*, 22-6 (décembre 1930), pp. 526-531.
- AMREICH. — Fermeture opératoire d'une grande fistule recto-vaginale consécutive à l'irradiation d'un cancer du vagin. *Zbl. Gyn.*, n° 11, 1941.
- ANTOINE (T.). — Cas extraordinaire d'une colpocleisis. *Wien. Klin. Wochensh.*, 65 : 20 (15 mai 1953), pp. 372-373.
- AZCARATE. — Traitement des fistules recto-vaginales. *Cirurgia y Circujanos* (janvier 1936).
- BACIN (J.). — Contribution à l'étude du traitement des déchirures ano-rectales par le procédé « du rideau ». *Thèse*, Lyon, 1939.
- BADER (P.) et LARTIGAUD. — Hémorragies vaginales par coït. *Soc. de Gyn. et d'Obst. de Strasbourg* (22 mai 1948).
- BAKER-BROWN. — The surgical diseases of women. Londres, 1866.
- BAUDRY (V.), Rennes. — Rupture de la cloison recto-vaginale pendant l'accouchement sans déchirure du périnée. Suture immédiate. *Ann. de Gyn.*, juillet 1894, pp. 35-38.
- BENDER. — Volumineux abcès du creux ischio-rectal ayant déterminé une nécrose étendue du rectum et du vagin et deux larges fistules, l'une recto-vaginale, l'autre recto-périnéale ; opération, réparation, guérison. *Soc. Fr. Gyn.* (16 novembre 1936).
- BERTRAND (P.) et CREYSSSEL (J.). — Traité de thérapeutique chirurgicale. *Doïn*, 1952, t. II, pp. 2898-2902.
- BOURDON (E.). — Des anaplasties périnéo-vaginales. *Thèse*, Paris, 1875.

- BRET (J.), LE LORIER (G.) et SÉNEZE. — Sur un mécanisme inhabituel des déchirures compliquées du périnée ; la rupture primitive de la cloison recto-vaginale. *Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, séance du 5 mars 1951, in *Bull. Fed. Soc. de Gyn. et d'Obst. de langue française*, 3 : 2 (1951), pp. 205-209.
- BRINDEAU. — Quelques réflexions sur la périnéorraphie. *Paris Médical*, 20 décembre 1928.
- BRINTNAL (E.-S.). — Surgical treatment of post-irradiation rectal stricture and recto-vaginal fistula. *Arch. of Surg.*, 67 : 3 (septembre 1953), pp. 346-352.
- BUDIN. — Des lésions traumatiques chez la femme au cours des accouchements artificiels. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1830.
- CHEVRIER. — Contribution à l'étude des fistules recto-vaginales. *Thèse*, Paris, 1890.
- COTTE (M.-G.). — Corps étranger du vagin. *Lyon Chir.*, 21-5 (1924).
— Fistule recto-vaginale et vésico-rectale combinées. *Soc. de Chir. de Lyon*, 26, I, 33, in *Lyon Chir.*, 30 : 4 (juillet-août 1933), pp. 448-449.
- COUVELAIRE (R.). — Contre le colpocleisis dans la cure des fistules vésico-vaginales. *Journ. d'Urol. Méd. et Chirurg.* 56 : 9 (1950).
- DARGENT (M.) et EICHOLZ (L.). — Traitement chirurgical des complications rectales de la radiothérapie pour cancer du col utérin. Possibilité de la chirurgie sympathique. *Lyon Chir.*, 43 : 2 (mars-avril 1948), pp. 199-218.
- DARNER (H.-L.). — Opération pour fistule recto-vaginale compliquée d'une déchirure périnéale du troisième degré. *Surg. Gyn. and Obst.*, 44 (janvier 1927), p. 105.
- DEBEYRE (J.). — Article : Fistules stercorales, in *Encycl. Méd. Chir.*, Vol. Gynécologie, 3^e éd., 9, 1947, fasc. 239-246.
- DELERUE (J.). — Rupture primitive de la cloison recto-vaginale ; suture aux crins perdus sur le rectum. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lille*, séance du 30 septembre 1953, in *Bull. Fed. Soc. de Gyn. et d'Obst. de langue franç.* 5 : 5 (1953), p. 568.
- DELINOTTE. — Cure d'une fistule vésico-vagino-rectale complexe. *Soc. Fr. d'Urologie*, séance du 18 octobre 1951, in *Journ. d'Urol. méd. et chir.*, 60 : 9-10 (1954), p. 691.
- DEMARQUAY (M.). — Nouveau procédé d'opération de la fistule recto-vaginale. *Soc. de Chir.*, 28 octobre 1874, in *Ann. de Gyn.* (février 1875), pp. 151-152.
- DEMELIN. — Les déchirures obstétricales du périnée et leur traitement. *Journ. de Méd. de Paris* (1906).
- DOLÉRIS (A.) et LENOBLE (E.). — Rupture de la cloison recto-vaginale consécutive à la pression exercée par la tête fœtale chez une primipare à tissus peu résistants. *Soc. d'Obst. et Gyn.*, 8 avril 1897, in *La Gynécologie* (1897), pp. 134-139.

- DOLÉRIIS (A.). — Large fistule recto-vaginale provoquée par un pessaire. Procédé opératoire spécial. Guérison. *Soc. d'Obst., Gyn. et Pédiat. de Paris*, séance du 8 mai 1905, in *Ann. de Gyn.* (1905), p. 704.
- DOYEN. — Traitement des fistules gynécologiques cutanées et post-opératoires. *Troisième Congrès intern. de Gyn. et Obst.*, Amsterdam, 8-12 août 1899, in *Ann. de Gyn.* (1899), pp. 263-266.
- ERLICH (H.). — Fermeture d'une fistule recto-vaginale par le « Pal-lavit ». *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* (Stuttgart), 14 : 8 (août 1954).
- EMMET (T.-A.). — *Med. Record* (1872), p. 121.
- FABRE (B.). — Contribution à l'étude des fistules recto-vaginales. *Thèse*, Lyon, 1897.
- FABRE, TRILLAT et MAGNIN. — *Précis d'Obstétrique*, 9^e édit., 1954, t. II, pp. 489-501.
- FARRAR. — « Warren Apron » in repair of high laceration of rectum associated with third degree of laceration of pelvic floor. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1930.
- FÉLIZET (G.). — Traitement nouveau de la fistule recto-vaginale. *Ann. de Gyn.* (janvier 1891), pp. 17-22.
- FERRAND-FORTESA (J.). — Cure des grandes brèches recto-vaginales avec abaissement du rectum par voie abdomino-vaginale. *Soc. de Chir. d'Alger*, séance du 22 novembre 1952, in *Afrique Franç. Chir.*, 3 (juillet-août-septembre 1953), p. 337.
- FIGARELLA (J.) et BOUILLON (M.). — Les fistules recto-vaginales acquises non obstétricales. *Rev. Franç. Gyn. et Obst.* (octobre-décembre 1939), pp. 615-622.
- FLEURENT (H.). — Fistule recto-vaginale haute. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*, séance du 2 juin 1934, in *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, 23 (1934), pp. 661-662.
- FRIGYESI. — Une méthode simple pour la fermeture des fistules recto-vaginales hautes. *Zbl. Gyn.*, 19 décembre 1942.
- FRITSCH. — *Zentr. f. Gyn.* 1887, p. 473 et 1888, p. 803.
- GÉRARD-MARCHANT. — Traitement des fistules recto-périnéales et recto-vaginales par l'abaissement de la fistule rectale. *Presse Méd.*, 22 (15 mars 1902), pp. 255-256.
- GERSTER (J.-C.-A.). — Abord sacro-coccygien transrectal pour la réparation des fistules hautes recto-vaginales et recto-vésicales. *Ann. Surg.*, 104 : 2 (août 1936), pp. 244-247. (*Anal. in J. chir.*, mars 1937, p. 460).
- GODLEWSKI, Avignon. — Déchirure complète du périnée, vagin et canal ano-rectal. Réfection par abaissement total du canal muqueux ano-rectal. *Réunion Obst. et Gyn. de Montpellier*, 20 novembre 1938, in *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, 28 : 2 (1939), pp. 103-104.

- GRILLO (D.). — Ano-rectal-vaginal fistula. *Am. Journ. Surg.*, 81 (janvier 1951), pp. 96-97.
- HEYDENREICH, Nancy. — Un cas de fistule recto-vaginale opérée par la voie sacrée. *Congrès de Chirurgie*, Lyon, 1894, p. 718, in *Ann. Gyn.* (novembre 1894), pp. 341-344.
- HILLEMAND (P.), BENSAUDE (A.) et GILLET. — A propos d'un cas de cancer de la cloison recto-vaginale. *Soc. Nat. Franç. de Gastro-Entérologie*, séance du 13 février 1950.
- HINZ (K.). — L'opération des fistules recto-vaginales larges. *Zentralblatt für Chir.* (Leipzig), 64 : 34 (21 avril 1937), pp. 1971-1974.
- HIRAM (M.) et VINEBERG (N.). — Nouvelle méthode opératoire pour les fistules recto-vaginales rebelles. *Med. Record*, 7 juin 1902, in *La Gynécologie* (1902), p. 360.
- HOFMEISTER (F.-J.). — La réparation reconstructive périnéale des fistules recto-vaginales se produisant dans l'accouchement. *Am. Jour. Surg.*, 84 : 5 (novembre 1952).
- HORVAT (A.). — Fistules génitales d'étiologie rare. *Lijecnicki Vjesnik* (Zagreb), 46 : 9 (1924), p. 273.
- IMBERT. — Périnéoplastie à lambeaux pour déchirures complètes du périnée. *Gyn. et Obst.* (Paris), 1920. *Marseille Médical*, 1921.
- JAYLE (F.). — Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. *Ann. de Gyn.* (février 1896), pp. 118-125.
- JEANNIN (C.). — De la guérison spontanée des fistules recto-vaginales produites au cours de l'accouchement. *L'Obstétrique* (avril 1909), pp. 278-284.
- JOHNSTON. — Fistule recto-vaginale par lymphogranulomatose rectale. *Canadian Med. Ass. J.*, juin 1936.
- KASSEBAHM et SCHREIBER. — Délivrance spontanée compliquée par un rétrécissement rectal, fistule recto-vaginale et rupture du rectum. *Am. J. Obst. Gyn.*, 31 (1936).
- KELLY (Howard-A.). — Lacerations of perineum. *Kelly's Gynecology*, 1928.
- LABRY (R.). — Thérapeutique gynécologique. *Camugli*, 1946, pp. 45-48.
- LABRY (R.) et DUROUX (P.-E.). — Déchirure grave du vagin au cours d'un coït chez une femme âgée. *Soc. Gyn. Obst. de Lyon*, séance du 5 janvier 1950, in *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. de Langue Française*, 2 : 1 (1950), p. 87.
- LAPIDUS (A.), Marrakech. — Sur le traitement des brèches vésico-vaginales d'origine dystocique. *Jour. d'Urol. Méd. et Chir.*, 59 : 9-10 (1953), pp. 623-628.

- LAPORTE (F.). — Fistule recto-vaginale. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, séance du 8 mai 1944.
- LEBAR et ALGRET. — Rupture traumatique de la cloison recto-vaginale, in *Presse Méd.*, 60 (29 juillet 1903), p. 548.
- LE DENTU. — Procédé pour l'occlusion des fistules recto-vaginales. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 16 (1890), p. 589, et *Ann. de Gyn.*, 34 (novembre 1890), pp. 337-344.
- LE FORT. — Fistule recto-vaginale consécutive à une hystérectomie traitée et guérie par le procédé de Bracquehay. *Soc. de Méd. du Dép. du Nord*, 27 novembre 1903 ; in *Echo Méd. du Nord*, 13 décembre 1903, et in *La Gynécologie* (1903), pp. 553-554.
- LEGUEU. — La voie vagino-périnéale dans la cure des fistules recto-vaginales supérieures. *Presse Méd.*, 68 (26 août 1903), pp. 610-611.
- LEVENTHAL (M.-L.). — Fistules vésico et recto-vaginales post-opératoires associées. *Amer. Journ. Obst. Gyn.* (Saint-Louis), 60 (4 octobre 1950).
- LÉVY (J.). — Procédé de réparation des fistules recto-vaginales faites au cours de l'accouchement. *Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, séance du 2 décembre 1946 ; in *Gyn. et Obst.*, 46 : 2 (1947), pp. 228-230.
- MACHADO. — Fistule recto-vaginale consécutive à la fièvre typhoïde. *Rev. Gyn. Obst.* (Rio-de-Janeiro), janvier 1936.
- MALLET-GUY. — Amputation périnéale du rectum pour cancer fistulisé du vagin. Hystérocolpéctomie combinée. Colpoplastie ultérieure. *Lyon Chir.*, 1943.
- MANDELSTAM. — La méthode de Flick pour la fermeture des fistules du cul-de-sac vaginal. *Zbl. Gyn.*, 67 : 30 (24 juillet 1943), pp. 1169-1170.
- MANDICAS (A.). — Traitement des fistules recto-vaginales consécutives à la curieradiothérapie du cancer du col utérin. *Gyn. et Obst.*, 49 : 1 (1950), pp. 72-76.
- MASSENBACH (W.-V.), Göttingue. — Sur le traitement des grandes fistules vésico-recto-vaginales. *Zentralblatt für Gyn.*, 72 : 21 (1950), pp. 1451-1456, anal. in *J. de Chir.*, 67 : 5 (mai 1951), p. 459.
- MATSOPOULOS. — Fermeture des fistules recto-vaginales. *Zentralbl. f. Gyn.*, 67 : 30 (24 juillet 1943), pp. 1169-1170.
- MAYGRIER. — Des lésions de la cloison recto-vaginale (déchirures et fistules pendant l'accouchement et les suites de couches). *L'Obstétrique* (janvier 1899), pp. 27-41.
- MELES (M.). — Contribution à l'étude des fistules recto-vaginales. *Minerva Gynecologica* (Turin), 5 : 19 (15 octobre 1953).

- MERLETTI (C.). — Una modificazione utile nella tecnica operativa delle fistule versica e retto-vaginali. *Ann. di Ostet* (Milano), 47 : 7 (1925), p. 545.
- MIALARET (J.) et EDELMAN (G.). — Large fistule recto-vaginale post-curiethérapique traitée par abaissement recto-sigmoïdien trans-sphinctérien. *Sem. Hôp. Paris*, 25 : 13 (18 février 1949), pp. 539-540.
- MICHON. — Thèse de Concours, 1841, p. 224.
- MONJARDINO (J.). — Fistule recto-vaginale. *Medicina Contemporanea*, Lisbonne, 12 juillet 1931 ; in *Gyn. et Obst.*, 26 : 1 (juillet 1932), pp. 83-84.
- NATTO EDEN (Th.). — A case of superior recto-vaginal fistula dealt with by the abdominal route after preliminary colostomy. *Journ. Obst. Gyn. of Brit. Emp.*, avril 1914 ; in *Arch. d'Obst. et Gyn.* (janvier 1915), pp. 36-38.
- LOUDLEY. — *Journ. of Amer. Ass.*, 26 juillet 1902.
- PATEL (M.) et LABRY (R.). — Large déchirure du vagin au cours de la défloration. *Lyon Méd.*, 136 : 11 (1925), p. 228.
- PAVALESCU (P.). — Perforation accidentelle du cul-de-sac de Douglas, fistule recto-vaginale consécutive, guérison. *Soc. Gyn. de Bucarest* (juin 1937) ; in *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 12 : 1 (janvier 1939), pp. 63-64.
- PAVLOSKY (Alejandro I.). — Perte totale de la face postéro-inférieure de la vessie et fistule recto-vaginale sous l'action du décubitus sur un gros calcul vésical chez un enfant. *Boll. Trab. Soc. Chir.* (Buenos-Ayres), 22 (20 avril 1938).
- PETIT (P.). — Fistules recto-vaginales traitées par la méthode du dédoublement. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, séance du 10 mai 1894.
- PETIT-DUTAILLIS. — Réparation après cicatrisation d'une déchirure complète du périnée remontant à deux travers de doigts sur la cloison recto-vaginale. *Le Gynécologue* (août 1930).
- PHANEUF (L.-E.). — Déchirure complète du périnée et fistule recto-vaginale. *Amer. Journ. Obst. Gyn.*, 36 : 5 (novembre 1938), pp. 899-904.
- PICHEVIN (R.). — Accident causé par un laminaire. Perforation incomplète de la paroi recto-vaginale. *Nouv. Arch. d'Obst. Gyn.* (1891), pp. 592-595.
- POZZI et JAYLE. — Traité de gynécologie clinique et opératoire.
- PUGA. — Au sujet de deux cas d'autoplastie périnéale opérés par le procédé du « tablier de Warren ». In *Bolletín anual de la clínica obstétrica* du Prof. Mönckeberg. Lima, 1931.
- PUPPEL. — Observations sur le traitement et la production des fistules vésico-vaginales et recto-vaginales. *Zbl. f. Gyn.* (14 juin 1941).

- QUÉNU. — *Bull. et Mém. de la Soc. Chir.* (1890), p. 595.
- QUÉNU (J.). — Traité de technique chirurgicale. Masson, 1942-44, tome iv, pp. 930-935.
- RICHET. — Des fistules recto-vaginales (leçon recueillie par Maurice Laynet). *Ann. de Gyn.* (juin 1876), pp. 401-409.
- ROUQUES (P.). — Les plaies du rectum par empalement. Thèse de Paris, 1931.
- ROUTIER. — Fistules recto-vaginales. *Soc. de Chir.*, 22 juin 1892 ; in *Rép. Univ. Gyn. Obst.* (1892), pp. 349-351, et *Soc. de Chir.*, 28 février 1894, in *Rép. Univ. Gyn. Obst.* (1894), p. 113.
- SABADINI (L.) et DUCASSOU (J.), Alger. — De la cure des fistules vésico-cervico-uréthro-vaginales monstrueuses par fermeture combinée et urétroplastie secondaire. *Journ. de Chir.*, 67 : 4 (avril 1951), p. 305.
- SANGER. — The operative treatment of recto-vaginal fistula. *Buffalo Med. and Surg. Journal* (juin 1891).
- SAUCEROTTE. — Mélanges de chirurgie. Paris, 1801, p. 530.
- SCHAANING (G.). — La fistule recto-vaginale opérée. *Norsk.-Magoz. f. Laegevidensk.* (Kristiana), 87 : 3 (1926), p. 187.
- SCHAUTA. — Ueber die operation van Mastdarm fisteln. *Premier Congrès de la Soc. Gyn. Allem. de Munich* ; in *Ann. de Gyn.* (septembre 1886), p. 201.
- SCHEFTEL (G.). — Fistule vestibulo-rectale produite par le premier coït. *Wien Klin. Wochensch.*, 39 (1902) ; in *La Gynécologie*, 1903, p. 147.
- SEGOND (P.). — Nouveau procédé opératoire pour la réparation des fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact. (Abaissement et fixation anale du segment du rectum supérieur à la fistule après résection du segment rectal sous-jacent.) *Ann. de Gyn.*, juillet 1895, pp. 1 à 14 ; et *Soc. de Chir.*, 6 mars 1895, in *Rép. Univ. Obst. et Gyn.*, 1895, pp. 405-406.
- SERMENT (H.) et DETURMENY. — Quatre cas de plaies vaginales par coït. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Marseille*, séance du 28 février 1952 ; in *Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst. de Langue Française*, 4 : 4 (1952), p. 747.
- SERRES. — Des fistules recto-vaginales, considérées surtout au point de vue du traitement. Thèse Paris, 1868.
- SPENCER (H.-R.). — On some unusual vaginal fistulae. *Amer. J. Obst. and Gyn.* (Saint-Louis), 10 : 3 (1925), p. 365.
- TAIT (Lawson). — Diseases of women and abdominal surgery, 1889.

- TEN BERGE (B.-S.), Gröningue. — Les fistules entéro-vaginales. Application de la méthode par abaissement trans-anal ou méthode de Hogenegg-Kocher. *Gyn. et Obst.*, 49 : 3 (1950), pp. 293-298.
- THOMAS (L.-P.). — Impalement of the rectum. *The Lancet*, 265 (3 octobre 1953), pp. 704-705.
- VERGOZ et BRINGAT, Alger. — Considérations sur le traitement chirurgical des fistules coexistantes vésico-vaginales et recto-vaginales. *Soc. Franc. Gyn.*, 22 (novembre 1938) ; in *Rev. Franc. de Gyn.*, 1939, p. 186.
- VERNEUIL. — Des fistules recto-vaginales. *Mémoires de Chir.*, 1 (1877), p. 945.
- Discussion sur la cure des fistules recto-vulvaires, à la *Soc. de Chir.*, séance du 8 mars 1882 ; in *Ann. de Gyn.* (1882), pp. 385-388.
- WARREN. — A new method of operation for the relief of rupture of the perineum through the sphincter and rectum. *Tr. Am. Journ.*, 1875 ; *Boston Med. Journ.*, 1875.
- WESTERMARK. — Fistule recto-vaginale. *Hygiea*, n° 8 (1891, in *Rép. Univ. Obst. Gyn.*, 1892.
- ZABOLOTZKY (A.-P.). — Fistule recto-vaginale par corps étranger. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Saint-Petersbourg*, séance du 29 octobre 1895 ; in *La Gynécologie* (1896), p. 56.

TABLE DES MATIERES

Considérations générales.	11
Chapitre I. — Historique.	13
Chapitre II. — Les conditions du traitement chirurgical... .	19
Chapitre III. — Les méthodes chirurgicales.	27
Chapitre IV. — Le procédé du « rideau », technique utilisée actuellement.	35
Chapitre V. — Observations.	39
Chapitre VI. — Analyse des observations et résultats.....	45
Chapitre VII. — Les indications	49
Conclusions	53
Bibliographie	55

